

I. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_ NOMBRE(S): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: 

DÍA	MES	AÑO

 SEXO: 

MASC.	FEM.

 EDAD: MESES 

--

 DÍAS 

--

RESIDENCIA ACTUAL: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_

CALLE: \_\_\_\_\_ NÚMERO EXTERIOR: \_\_\_\_\_ NÚMERO INTERIOR: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

ENTRE CALLE: \_\_\_\_\_ Y CALLE: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: LADA: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: 

DÍA	MES	AÑO

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: 

DÍA	MES	AÑO

 FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA DGE: 

DÍA	MES	AÑO

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: 

DÍA	MES	AÑO

 FECHA ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: 

DÍA	MES	AÑO

III. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE DE LA MADRE

NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CLUES: \_\_\_\_\_ ENTIDAD: \_\_\_\_\_

JURISDICCIÓN: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ DERECHOHABIENTE: \_\_\_\_\_ NO. DE EXP. (FILIACIÓN): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_

IV. DATOS CLÍNICOS

FECHA DE INICIO DE SIGNOS: 

DÍA	MES	AÑO

 FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: 

DÍA	MES	AÑO

FIEBRE  DISFAGIA  RECHAZO AL ALIMENTO  ESPASMOS  CONVULSIONES  TRISMUS  OTRO: \_\_\_\_\_

V. SEGUIMIENTO

FECHA DE ALTA HOSPITALARIA: 

DÍA	MES	AÑO

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:  1-DEFUNCIÓN (ABNEXE COPIA DEL CERTIFICADO), 2-CONVALESCIENTE, 3-SANO 9-SE IGNORA FECHA DE DEFUNCIÓN: 

DÍA	MES	AÑO

VI. OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_ o Tdap \_\_\_\_\_

VII. ANTECEDENTES DE LA MADRE Y ATENCIÓN PRENATAL

EDAD DE LA MADRE: 

--

¿RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO? SI  NO  ¿CUÁNTAS VECES? \_\_\_\_\_

¿QUIÉN LE PROPORCIONÓ LA ATENCIÓN? (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

¿CUÁNTAS VECES ANTES DEL ÚLTIMO EMBARAZO SE LE APLICÓ Td o Tdap? Especificar ¿Qué vacuna? \_\_\_\_\_

¿RECIBIÓ VACUNA CONTRA TÉTANOS (Td-Tdap) DURANTE SU ÚLTIMO EMBARAZO? SI  NO  NO. DE DOSIS: 

--

 FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: 

DÍA	MES	AÑO

FACTORES DE RIESGO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO:  1-EN SU DOMICILIO, 2-EN LA CASA DE LA PARTERA, 3-UNIDAD DE SALUD DE 1ER. NIVEL, 4-UNIDAD DE SALUD DE 2DO. NIVEL, 5-UNIDAD DE SALUD DE 3ER. NIVEL, 6-OTRO\* \*OTRO: ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE NOMBRE DE LA UNIDAD QUE ATENDIÓ EL PARTO: \_\_\_\_\_

PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO:  1-PARTERA ADIESTRADA, 2-PARTERA NO ADIESTRADA, 3-MÉDICO, 4-ENFERMERA O PERSONAL DE SALUD, 5-FAMILIAR, 6-ELLA MISMA, 7-OTRO\* \*OTRO: ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS:  1-EQUIPO CONTAMINADO PARA EL CORTE DEL CORDÓN 2-MATERIAL CONTAMINADO PARA LA CURACIÓN DEL CORDÓN, 3-CONTAMINACIÓN EN EL DOMICILIO, 4-CONTAMINACIÓN EN EL LUGAR DE ATENCIÓN, 5-OTRO(S), 9-SE IGNORA

COMENTE LOS FACTORES DE RIESGO: \_\_\_\_\_

VIII. LABORATORIO

TOMA DE MUESTRA DE SUERO DE LA MADRE PARA DETERMINACIÓN DE ANTITOXINA TETÁNICA CIRCULANTE

FECHA DE TOMA DE MUESTRA DE MADRE: 

DÍA	MES	AÑO

 FECHA DE RESULTADO: 

DÍA	MES	AÑO

FECHA DE RECEPCIÓN EN EL LABORATORIO DE LA MADRE: 

DÍA	MES	AÑO

RESULTADO: \_\_\_\_\_

XIII. ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: LADA: \_\_\_\_\_